

ed



Deutsche Sozialversicherung
Europavertretung

November/Dezember 2019

Die Sozialversicherung im Zeichen der Ratspräsidentschaften



Liebe Leserinnen und Leser,

ein spannendes Jahr auf europapolitischer Ebene liegt hinter uns. Die Bürgerinnen und Bürger der Europäischen Union haben gewählt und damit bestimmt, welche Parlamentarier in den nächsten fünf Jahren gemeinsam mit dem Rat und der Kommission über zahlreiche europäische Initiativen beraten werden. Auch in der Europäischen Kommission werden Stühle gerückt, die Brüsseler Behörde glänzt mit vielen neuen Gesichtern und neuen Aufgabenverteilungen.

Ein Blick auf das nächste Jahr zeigt: Es bleibt spannend! Ab Juli 2020 wird Deutschland für sechs Monate die Ratspräsidentschaft übernehmen, nach Finnland und Kroatien. Grund genug, sich einen Überblick über einzelne Aspekte der Sozialsysteme dieser Länder zu verschaffen. Auch wenn sich Europa in der Sozial- und Arbeitsmarktpolitik in den vergangenen Jahrzehnten immer enger zusammengeschlossen hat, die Ausgestaltung der sozialen Sicherung ist nach wie vor ein Kernbereich nationaler Souveränität. Dabei muss es auch bleiben. Denn gerade in diesem Bereich werden die Unterschiede der kulturellen Traditionen, der historisch gewachsenen politischen Systeme, der politischen Präferenzen und auch der wirtschaftlichen Gegebenheiten sehr deutlich. Es lohnt sich also, genauer hinzuschauen: Was unterscheidet die Systeme zur Absicherung bei Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Unfall, beruflich bedingten Krankheiten und im Alter von den deutschen Systemen, und wo bestehen Gemeinsamkeiten? Welchen Herausforderungen sehen sich die Systeme in der Zukunft ausgesetzt?

Schon der Blick auf die von uns ausgewählten Länder vermittelt einen Eindruck von der Vielfalt der europäischen Systeme – und an der einen oder anderen Stelle auch die Einsicht, dass es trotz unterschiedlicher Ansätze mehr Gemeinsamkeiten gibt, als zunächst vermutet werden könnte.

Wir wünschen Ihnen viel Freude bei der Lektüre!

Ihre Ilka Wölfle



Die Soziale Sicherheit in Finnland und Kroatien

Ein Überblick.

1. Die Rentenversicherung

a) Finnland

In Finnland ist das System der Rentenversicherung auf drei Säulen aufgebaut. Es umfasst die umlagefinanzierte gesetzliche Rentenversicherung, die staatliche Rente und als letztes Element die garantierte Mindestrente. Die gesetzliche Rentenversicherung ist dezentral organisiert und wird von privaten Trägern durchgeführt. Versichert sind alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Selbstständige.

Die Beiträge der Arbeitnehmer werden seit 1993 sowohl vom Arbeitnehmer als auch vom Arbeitgeber getragen. Dabei ist ausschließlich der Beitragsanteil des Arbeitnehmers festgeschrieben auf (2019) 6,75 Prozent bzw. 8,25 Prozent (bei einem Alter zwischen 53 und 62 Jahren). Der Arbeitgeberanteil schwankt je nach „Performance“ der einzelnen Träger. Im privaten Sektor beträgt er durchschnittlich 17,75 Prozent. Versichert ist der gesamte Verdienst ohne Obergrenze. Bestimmte beitragsfreie Zeiten werden aus dem Staatshaushalt finanziert. Hierzu zählen unter anderem auch Kindererziehungszeiten. Sie sind mit zwei Jahren allerdings kürzer bemessen als beispielsweise in Deutschland und werden auch niedriger bemessen als in Deutschland: Ein Jahr Kindererziehung erhöht die Rente um etwa zwölf Euro.

Bei den **Altersrenten** gibt es, anders als in Deutschland, kein fixiertes gesetzliches Standard-Rentenalter. Vielmehr erlaubt der „Korridor“ zwischen einem Mindestalter (zurzeit

bei 63,5 Jahren) und einem Höchstalter (bei 68 Jahren) flexible Lösungen. Ein Anpassungsmechanismus sorgt dafür, dass in Zukunft das Rentenalter an die Lebenserwartung gekoppelt wird.

Erwerbsminderungsrenten werden in unterschiedlicher Höhe geleistet, je nach dem Grad der Leistungsminderung: bei 40 Prozent Minderung Teilrente und ab 60 Prozent Vollrente (2019). Bei über 60-Jährigen werden niedrigere Hürden gesetzt. Darüber hinaus gibt es noch die **staatliche Rente** und die **garantierte Mindestrente**, welche durch die finnische Sozialversicherungsanstalt KELA gezahlt werden. Diese kommen (ergänzend) zum Tragen, wenn keine oder nur geringe Ansprüche erworben wurden. Die Höhe

Mit mehr als 1600 Euro lässt sich in Finnland der Ruhestand genießen



Wenn man 35 Versicherungsjahre vorweist, kann man in Kroatien mit 60 Jahren in Rente gehen.

der staatlichen Rente ist vom Familienstand abhängig. Alleinstehende Personen haben einen Anspruch in Höhe von 628,85 Euro pro Monat. Verheiratete (oder in fester Lebensgemeinschaft Lebende) haben einen geringeren Anspruch von 557,79 Euro pro Monat. Die garantierte Mindestrente sorgt dafür, dass jede Person ein Mindesteinkommen von 784,52 Euro pro Monat (Zahlen für 2019) hat.

b) Kroatien

Die kroatische Rentenversicherung basiert auf drei Säulen: der gesetzlichen Rentenversicherung, einer verpflichtenden privaten Rentenversicherung und einer freiwilligen privaten Vorsorge.

Die gesetzliche Rentenversicherung ist umlagefinanziert, wird jedoch durch Steuerzuschüsse (über 40 Prozent der Ausgaben) gestützt, welche insbesondere rentenrechtliche Vergünstigungen für bestimmte Personengruppen (etwa Militär, Polizei, Justiz) abdecken. Die Rentenbeiträge in

Höhe von 20 Prozent werden allein von den Versicherten getragen, gegebenenfalls aufgeteilt: 15 Prozent auf die erste und 5 Prozent auf die zweite Säule. Von der gesetzlichen Rentenversicherung werden grundsätzlich alle Erwerbstätigen umfasst, also auch Selbständige. Atypische Arbeitsformen fallen ebenfalls darunter, sofern diese der Einkommenssteuerpflicht unterliegen. Beschäftigungen in besonders gefährdenden Berufen oder Tätigkeiten werden mit bis zum 1,5-Fachen der tatsächlichen Zeit berücksichtigt.

Für den Bezug einer **Altersrente** müssen mindestens 15 Versicherungsjahre vorliegen. Das Rentenalter wird für alle, beginnend ab 2028, schrittweise auf 67 angehoben. Heute kann, wer 35 Versicherungsjahre vorweist, vorzeitig bereits mit 60 in Rente gehen. Es sind Ab- bzw. Zuschläge vorgesehen, wenn man vorzeitig in Rente geht oder den Rentenbeginn hinausschiebt: Abschläge von 0,3 Prozent pro Monat, max. 18 Prozent; Zuschläge von 0,34 Prozent pro Monat, max. 20,4 Prozent. Besonders langjährig Versicherte (41 Versicherungsjahre) können mit 60 Jahren ohne Abschläge in Rente gehen. Bei Erfüllung aller anderen Voraussetzungen werden Müttern eigener oder adoptierter Kinder zusätzliche sechs Monate pro Kind zu den Versicherungszeiten hinzugerechnet. Unabhängig davon besteht während der Elternzeit im ersten Lebensjahr des Kindes Versicherungspflicht.

Neben vollen gibt es auch teilweise **Erwerbsminderungsrenten**. Betroffene müssen außerdem seit dem 20. Lebensjahr zu mindestens einem Drittel versichert gewesen sein. Der Rentenanspruch wird alle drei Jahre

Die Rente: Jeder Euro zählt



erneut geprüft. Die Zuständigkeit der Rentenversicherung ist auch bei Erwerbsminderung aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit gegeben. Die kroatische **Rentenformel** ist mit der deutschen vergleichbar. Ergänzt wird die Rente durch einen Rentenzuschlag von 27 Prozent für Zeiten, in denen ausschließlich in die erste Säule eingezahlt wurde, beziehungsweise 20,5 Prozent für Zeiten, in denen auch in die zweite Säule eingezahlt wurde. Ein Mindestrentenanspruch ergibt sich in Abhängigkeit von den vorhandenen Versicherungsjahren.

Hinterbliebenenrenten gibt es für Witwen und Witwer sowie Waisen. Unter bestimmten Voraussetzungen haben auch Eltern und außereheliche Partnerinnen beziehungsweise Partner einen Anspruch.

c) Blick auf Deutschland: ähnliche Herausforderungen, verschiedene Wege.

Der demografische Wandel stellt alle Rentenversicherungssysteme vor Herausforderungen. Jedes Land geht dabei eigene Wege. Generell sollen die Menschen dazu gebracht werden, länger zu arbeiten und später in Rente zu gehen. Die beiden Länder arbeiten – ebenso wie Deutschland – mit folgenden Mitteln, allerdings in unterschiedlicher Ausgestaltung: Erhöhung des regulären Rentenalters, Abschläge bei vorzeitiger Inanspruchnahme, Zuschläge beim Hinausschieben des Renteneintritts.

Deutschland hat das Rentenalter auf 67 Jahre angehoben, mit Übergangsfristen. Dies geschah vor einigen Jahren auch in Kroatien. Anders als in Deutschland haben in Kroatien jedoch die Gewerkschaften mit der Aktion „67 ist zu viel“ mobil gemacht. Unter dem zunehmenden Druck wurde aktuell ein Gesetzesvorhaben gestartet, das Teile der Rentenreform zurücknimmt beziehungsweise abändert. So soll es bei dem Rentenalter von 65 Jahren bleiben und auch die Rentenabschläge bei vorzeitiger Inanspruchnahme sollen gesenkt werden. Das andere Extrem stellt Finnland dar: Das Land hat, vereinfacht gesagt, das Rentenalter sogar auf 68 Jahre angehoben und selbst dies noch als Zwischenschritt fixiert. Zukünftig wird dort das Rentenalter in Abhängigkeit von der Entwicklung der Lebenserwartung festgelegt.

Deutschland hat für Menschen, welche besonders lange ins System eingezahlt haben, eine Möglichkeit geschaffen, vorzeitig ohne Abschläge mit 65 Jahren in Rente zu

Ein späterer Renteneintritt
sichert Zuschläge



Jedes Land bewältigt den demografischen Wandel auf seine Weise.

gehen. Eine vergleichbare Möglichkeit sieht das kroatische System mit 60 Jahren vor. Finnland dagegen hat die Frage des vorzeitigen Ruhestands durch die Schaffung eines „Korridors“ beantwortet und lässt jenseits davon nur sehr eingeschränkt ein vorzeitiges Ausscheiden zu. Während es in Deutschland, abgesehen vom öffentlichen Dienst, für besonders gesundheitsgefährdende Berufe keine Möglichkeit gibt, früher in Rente zu gehen, ist dies in Finnland und Kroatien möglich.

Auffällig ist, dass die Mindestsicherung im Alter völlig unterschiedlich geregelt ist, unter anderem bei der Frage der Bedürftigkeitsprüfung/Einkommensanrechnung. Auch bei der Beitragshöhe lassen sich erhebliche Unterschiede feststellen. Während der Gesamt-Beitragssatz in Deutschland und Kroatien fast gleich hoch ist, beträgt er in Finnland deutlich über 30 Prozent. In Kroatien sind die Beschäftigten

deutlich stärker an der Beitragstragung beteiligt, in Finnland die Arbeitgeber.

Während zudem in Kroatien und Finnland prinzipiell erst einmal alle Selbstständigen in die Rentenversicherungspflicht einbezogen sind, gilt dies in Deutschland nur für bestimmte Berufsgruppen.

Schließlich ist noch darauf hinzuweisen, dass in Kroatien – anders als in Deutschland und Finnland – die gesetzliche Rentenversicherung bestimmte Aufgaben der Unfallversicherung übernimmt. Eine solche gibt es in Kroatien als eigenen Versicherungszweig nicht.

Mit der betriebsmedizinischen Versorgung verfügt Finnland über ein primärärztliches Parallelsystem.

Das muss nicht sein – dank der
Digitalisierung



2) Das Gesundheitswesen

a) Finnland

Das finnische Gesundheitssystem ist als „Bürgerversicherung“ im Wesentlichen steuerfinanziert.

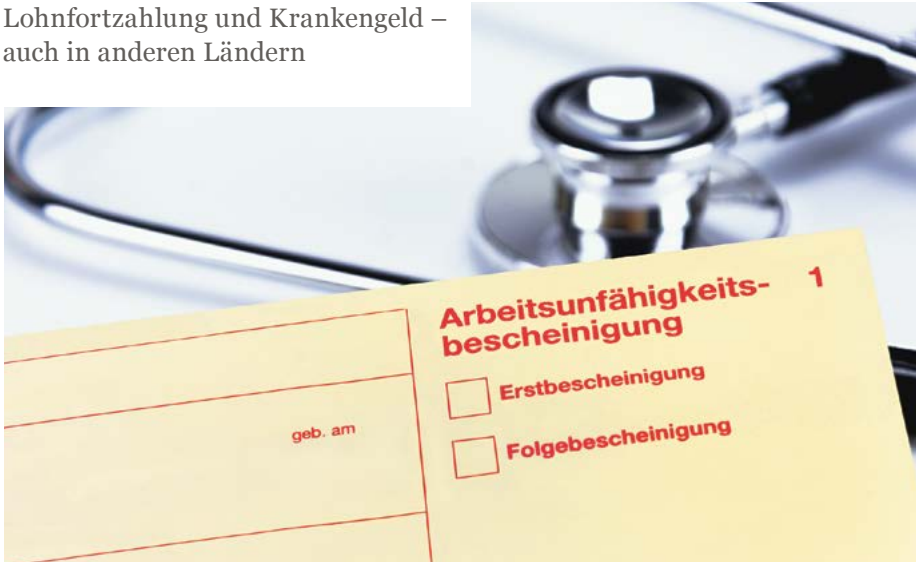
Der Sicherstellungsauftrag zur primärärztlichen Grundversorgung liegt bei den 300 Kommunen. Private Gesundheitseinrichtungen stellen im System die Ausnahme dar. Der Preis- und Qualitätswettbewerb wird verstärkt durch überregionale Ausschreibungen auf Gesundheitsleistungen ausgelöst, an welchen sich auch private Einrichtungen beteiligen können. Das öffentliche Gesundheitswesen umfasst auch Leistungen im Pflegefall.

Circa 80 Prozent der Ausgaben für Gesundheit werden aus öffentlichen Mitteln **finanziert** und kommunal entlang der Versorgungsbedarfe verwaltet. Die Kommune erhebt zur Sicherstellung und Erbringung der Versorgung eine Steuer, die je Kommune zwischen 18 und 22,5 Prozent des versteuerungsfähigen Einkommens beträgt. Ergänzend erhalten die Kommunen nicht zweckgebundene Steuerzuschüsse des Zentralstaats. Ein Teil der gesundheitsbezogenen Ausgaben – insbesondere Krankengeld nach Auslaufen der Lohnfortzahlung – wird durch die nationale Krankenversicherung finanziert, in die auch die Selbstständigen und Rentner einbezogen sind. Die Abgaben betragen zwischen 1,5 und 2,1 Prozent.

Eine Besonderheit stellt die **betriebsmedizinische Versorgung** in der ambulanten, primärärztlichen Versorgung dar. In Finnland hat etwa ein Drittel der Bevölkerung Zugang zu diesem Parallelsystem – innerhalb der Erwerbsbevölkerung sind es 87 Prozent. Die betriebsmedizinische Versorgung ist ein relevantes Wettbewerbsselement der Arbeitgeber, da zum Beispiel Wartezeiten oder Gatekeeper (offizielle erste Anlaufstellen) des öffentlichen Systems reduziert oder vollständig umgangen werden können. Auch die Lohnfortzahlung durch die Arbeitgeber im Krankheitsfall von bis zu zwei Monaten ist wettbewerbsrelevant.

Ergänzend entrichten die Finnen private Beiträge zu ihrer Gesundheitsversorgung oder versichern sich **ergänzend privat**. Diese Zusatzversicherung dient dazu, bestimmte, vom öffentlichen System nicht getragene Leistungen bzw. Selbstbehalte zu finanzieren, die in Finnland durchaus ins

Lohnfortzahlung und Krankengeld –
auch in anderen Ländern



Vor Zuzahlungen schützt in Kroatien eine freiwillige Zusatzversicherung

Gewicht fallen. Die durchschnittliche Selbstbeteiligung liegt bei 718 Euro pro Kopf (2015).

Mit der weiteren **Öffnung der Wahlfreiheit** sollen Wartezeiten abgebaut und die Erreichbarkeit erleichtert werden. Die strengen Regeln der Mindestmengen und Konzentration spezialisierter Leistungen in der stationären Versorgung zeigen, dass Qualität klar vor Erreichbarkeit steht.

b) Kroatien

Das kroatische Gesundheitsministerium setzt den strategisch-regulatorischen Rahmen zur Finanzierung, Leistungserbringung und Sicherstellung der Versorgung und beauftragt das Gesundheitsinstitut (HZZO) mit der operativen Sicherstellung der Versorgung.

Das HZZO verwaltet pro Jahr ca. 2,9 Milliarden Euro (2016) und **finanziert** damit die Gesundheitsversorgung des Landes. Das kroatische öffentliche Gesundheitswesen wird aus drei Quellen finanziert. Der größte Anteil (91 Prozent) wird aus den

Beiträgen einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung generiert. Die Beiträge werden vollständig vom Arbeitgeber getragen. Seit dem 1. Januar 2019 liegt der Beitrag bei 16,5 Prozent. Für Versicherte besteht die Möglichkeit, sich durch freiwillige Zusatzversicherungen gegen diese Zuzahlungen abzusichern. Diese **Zusatzversicherung** wird vom HZZO selbst angeboten. Die Zuflüsse aus den Prämien der Zusatzversicherung belaufen sich auf ca. 210,6 Millionen Euro. Dies entspricht einem Anteil von 7,3 Prozent der Einnahmen. Die Prämie liegt bei 14,63 Euro pro Monat.

Als **dritte Finanzierungsquelle** fließen aus Steuergeldern generierte Zuschüsse in Höhe von 45 Millionen Euro an das HZZO. Grund dafür sind unter anderem Herausforderungen in der Beitragserhebung durch Beitragsreduzierung oder Beitragsbefreiung oder entgangene Beiträge durch Schwarzarbeit. Im öffentlichen Gesundheitswesen versicherte Personen leisten für alle Gesundheitsleistungen, außer im Notfall, **Zuzahlungen**. Bei der Abgabe

von Arzneimitteln leisten Versicherte eine Zuzahlung von zwei Euro pro Verschreibung beziehungsweise pro Besuch beim Allgemeinarzt. Für fachärztliche, zahnärztliche, physiotherapeutische und rehabilitative Leistungen sind ebenfalls Zuzahlungen definiert, welche die Behandlungskosten anteilig decken. Im Krankenhaus fallen Zuzahlungen in Höhe von 20 Prozent der Kosten, mindestens 20,90 Euro je Krankenhaustag, an. Insgesamt sind die Zuzahlungen pro Behandlungsepisode auf umgerechnet 418 Euro Kaufkraftparität gedeckelt. Eine Behandlungsepisode umfasst einen Besuch beim niedergelassenen Arzt/Ärztin und einen Krankenhausaufenthalt.

Bei einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit besteht Anspruch auf **Lohnfortzahlung**. In den ersten 42 Krankheitstagen leistet der Arbeitgeber Zahlungen in der im Arbeits- oder Tarifvertrag vereinbarten Höhe. Diese muss jedoch mindestens 70 Prozent des Durchschnittseinkommens der letzten sechs Monate betragen. Ab dem 43. Krankheitstag verrechnet der

Im Gesundheitswesen setzen alle auf Digitalisierung.

Arbeitgeber die Lohnfortzahlung mit dem HZZO.

Fazit: Trotz der finanziellen Herausforderungen durch fehlende Einnahmen aufgrund von Schwarzarbeit, umfassenden Beitrags- und Zuzahlungsbefreiungen, unwirtschaftlichen Zusatzversicherungsverträgen und einer volatilen Wirtschaftslage wurde der **Leistungsumfang** schrittweise ausgeweitet. Dieser ist mittlerweile mit dem anderer Mitgliedstaaten vergleichbar.

Die strategischen Entwicklungsrichtungen des Gesundheitswesens bestehen darin, die Verbindung und Kontinuität im Gesundheitswesen sicherzustellen, die Qualität der Gesundheitsfürsorge zu vereinheitlichen und zu verbessern, die Effizienz und Wirkung des Gesundheitswesens zu optimieren und damit den Erhalt der Gesundheitsfürsorge wirtschaftlich zu sichern.

c) Blick auf Deutschland: Der Weg zur Modernisierung der Gesundheitssysteme

Die Beschreibung der Gesundheitssysteme zeigt, dass die angestoßenen Reformen in Finnland und Kroatien das Ziel verfolgen, die Finanzierung der Systeme langfristig zu sichern.

Während in Finnland die soziogeografische Lage der Auslöser für die Gebiets-, Finanzierungs-, Gesundheits- und Sozialreform ist, entwickelt sich in Kroatien ein junges Gesundheitswesen, welches seine Versorgungsstrukturen sukzessiv ausbaut. Somit wird der Fokus der Reformen unterschiedlich ausgelegt. Das finnische System muss seine Versorgungsstrukturen optimieren, um die erwartete Ausgabenentwicklung abzufedern, während es in Kroatien insbesondere einer langfristigen Strategie bedarf, dem System die fehlenden Einnahmen zur Verfügung zu stellen.

Ärztliche Konsultation auch online



Auch das deutsche Gesundheitswesen befindet sich in einer Phase vielseitiger Reformvorhaben. Die Gesetzesvorschläge des Bundesministeriums für Gesundheit reichen in den Versorgungszweigen vom Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung, dem Masernschutzgesetz oder dem Implantateregister-Errichtungsgesetz über zahlreiche Berufsgesetze bis hin zum Gesetz zur Stärkung der Rehabilitation und der Intensivpflege.

Die Systeme vereint das Streben in Richtung einer Modernisierung der Systeme entlang digitaler Lösungsansätze. In Finnland wurde das E-Rezept seit 2010 schrittweise eingeführt. Das E-Rezept ist heute vollständig etabliert. Seit Januar 2019 können die Finnen elektronisch erstellte Rezepte in

Grenzüberschreitende Versorgung:
künftig mehr E-Rezepte statt Papier



Estland und seit April 2019 in Kroatien einlösen. Ab dem Jahr 2022 wird das E-Rezept mit individuellen Medikationsdaten ergänzt. Einen weiteren Schritt machen die Finnen mit dem Gesetz zur „Sekundärdatenverarbeitung von Gesundheits- und Sozialdaten“. Das Gesetz ist die Grundlage dafür, Gesundheits- und Sozialdaten sicher und effektiv zu verarbeiten und ebnet den Weg in Richtung der Datenökonomie, welche Teil der nationalen Strategie Finnlands ist. Die Kroaten haben in Ihrer „e-Croatia 2020 Strategy“ Handlungsfelder definiert. Die Vision besteht darin, eine Administration zum Nutzen der Bürgerinnen und Bürger aufzubauen. Diese schließt das nationale Gesundheitsinstitut HZZO ebenso wie die grenzüberschreitende Versorgung (E-Rezept) ein.

In Deutschland stellt die gesetzliche Krankenversicherung seit 2016 im Innovationsfonds finanzielle Mittel zur Förderung innovativer Versorgungsformen zur Verfügung, welche in die Regelversorgung überführt werden sollen. Die Weiterführung des Innova-

tionsfonds bis 2024 wird im Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) geregelt. Das DVG sieht darüber hinaus den verstärkten Einsatz von Telemedizin, den geregelten Anspruch der Versicherten auf digitale Gesundheitsanwendungen (Apps) vor sowie die Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte anzubieten.

Mit Blick auf die Ratspräsidentenschaften der Länder lassen sich erste Schwerpunkte in Richtung des digitalen Datenaustauschs und der Datenverarbeitung durch Künstliche Intelligenz erkennen. Diese umfassen beispielsweise den Ausbau des grenzüberschreitenden Austauschs von Versichertendaten oder den Aufbau eines European Health Data Space.

Im Bereich des EU-weiten digitalen Informationsaustauschs werden bereits heute in elektronischen Referenznetzwerken Kompetenzen grenzüberschreitend gebündelt, um Wissen und Behandlungsmethoden zur Behandlung seltener Krankheiten auszutauschen.

In Finnland führen Privatunternehmen die gesetzliche Unfallversicherung durch.

3. Die Unfallversicherung

a) Finnland

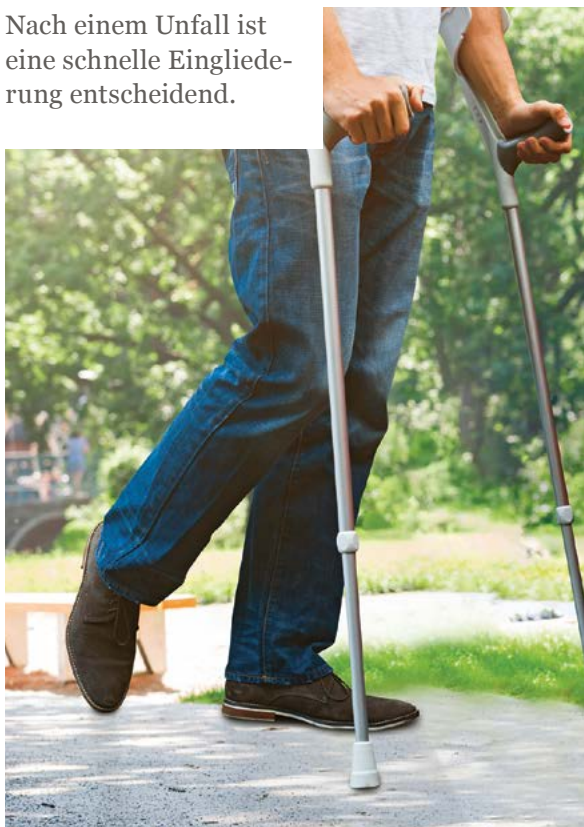
Die finnische gesetzliche Unfallversicherung ist zwar öffentlich-rechtlich konzipiert, wird aber – und hier liegt eine Besonderheit des Systems – von privaten Versicherungsgesellschaften durchgeführt. Die Wahl des Versicherungsunternehmens ist dem Arbeitgeber frei überlassen.

In Finnland sind alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ab dem ersten Tag der Beschäftigung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten versichert. Die Versicherungspflicht besteht für Personen, die innerhalb eines Kalenderjahres für mehr als zwölf Arbeitstage beschäftigt werden und ein Jahreseinkommen von mindestens 1200 Euro beziehen.

Zum Kreis der **versicherungspflichtigen Personen** gehören neben den Arbeitnehmerinnen und

Vorschlag: Die Selbstständigen können sich in Finnland gegen Arbeitsunfälle freiwillig absichern.

Nach einem Unfall ist eine schnelle Eingliederung entscheidend.



Arbeitnehmern auch die Landwirte sowie Stipendiaten. Für Studentinnen, Studenten und Auszubildende gibt es gesonderte Regelungen. Einen weiteren Ausnahmefall stellen beispielsweise die Versicherungsfälle von Staatsangestellten dar, da in diesem Fall das Finanzministerium für die Finanzierung der Leistungen zuständig ist.

Die selbstständig Tätigen haben in Finnland die Möglichkeit einer freiwilligen Absicherung. Dies ist prinzipiell allerdings nur möglich, wenn die Selbstständigen auch (obligatorisch oder freiwillig) im Rentensystem abgesichert sind.

Der **Beitrag** für den Unfallversicherungsschutz wird in vollem Umfang vom Arbeitgeber getragen. Die Höhe des Beitrags bemisst sich am Lohn der in Finnland zu versichernden Person und am Unfallrisiko der Arbeit.

Die Unfallversicherung erstattet nach Arbeits- und Wegeunfällen sowie bei Berufskrankheiten die Kosten für die notwendige ärztliche **Behandlung** sowie einen **Ersatz für Einkommensausfälle** in Form von Tagegeld, Invalidenrente oder einer Rehabilitationsbeihilfe. In den ersten vier Wochen entspricht die Höhe des Tagegelds dem Gehalt während der Krankheitszeit. Danach wird die Höhe gemäß dem Jahreseinkommen festgelegt. Ist der Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin ein Jahr nach dem Unfall noch immer arbeitsunfähig, erhält er oder sie eine volle oder teilweise Invalidenrente. Tagegeld, Invalidenrente und Rehabilitationsbeihilfe zählen als zu versteuerndes Einkommen.

Im Todesfall erhalten sowohl die Witwe/der Witwer als auch die Kinder eine Hinterbliebenenrente. Diese ist als zu versteuerndes Einkommen zu betrachten. Zudem wird Bestattungsbeihilfe gezahlt.

Die Patienten haben Wahlfreiheiten (sowohl im öffentlichen als auch im privaten Sektor). Der Versicherer ist jedoch berechtigt, das behandelnde Krankenhaus und eine einmalige Behandlung bei einem Arzt zu bestimmen.

Das Gesetz legt Anforderungen fest, die Arbeitgeber in Bezug auf den **Arbeitsschutz** umsetzen müssen.

b) Kroatien

Die kroatische Unfallversicherung zeichnet sich zunächst einmal dadurch aus, dass es sie nicht gibt – jedenfalls nicht als eigenständigen Zweig der Sozialversicherung.

Im Fall eines Unfalls oder einer Berufskrankheit treten vielmehr die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung ein. Die Rentenversicherung deckt langfristige Leistungen wie z. B. Erwerbsminderungsrenten ab, die Krankenversicherung kurzfristige Leistungen wie Behandlungskosten und Sachleistungen. **Abgesichert** sind Arbeits- und Wegeunfälle sowie Berufskrankheiten.

Obligatorisch versichert sind Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen sowie Selbstständige. Unter besonderen Umständen stehen auch Studenten im Praktikum, Mitglieder der freiwilligen Feuerwehr oder auch Retter bei Naturkatastrophen unter dem Versicherungsschutz.

Das System ist **beitrags- und steuerfinanziert**. Der an die Rentenversicherung zu zahlende Anteil unterteilt sich in die erste Säule mit einkommensbezogenen Beiträgen von Versicherten und Steuern und in die zweite Säule von Beiträgen der Versicherten und Renditen. Der Anteil zur Krankenversicherung besteht aus Beiträgen der Arbeitgeber und Steuern.

Für die Bestimmung des **Leistungsumfangs** und der **Leistungsvoraussetzungen** kann es auf die Ursache des Gesundheitsschadens ankommen. Zunächst einmal greifen auch nach einem Arbeitsunfall beziehungsweise im Fall einer Berufskrankheit die Leistungskataloge der Kranken- und der Rentenversicherung. Die Krankenversicherung übernimmt alle Kosten für medizinische Behandlungen und Rehabilitation sowie die Zahlung von Verletztengeld. Für die Kosten einer beruflichen Rehabilitation kommt zunächst die Rentenversicherung auf. Berufsumschulungen dagegen werden

Wegeunfälle sind auch in Finnland und Kroatien versichert



Die Unfallversicherungssysteme könnten kaum unterschiedlicher sein.

von der Arbeitslosenversicherung finanziert. Unfallbedingte Erwerbsminderungsrenten werden nach den Grundsätzen der Rentenversicherung unter Berücksichtigung der Beschäftigungsjahre berechnet. Der Zugang ist allerdings unabhängig von den sonst üblichen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen. Zusätzlich gibt es im Fall berufsbedingter Gesundheitsschädigungen Behindertenbeihilfen.

Insbesondere das kroatische Institut für **Arbeitsschutz** integriert und fördert berufliche Tätigkeiten im Bereich des Arbeitsschutzes, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern und Arbeitsunfälle und -krankheiten zu vermeiden.

c) **Blick auf Deutschland: Systeme nur schwer vergleichbar**

Die Unfallversicherungssysteme könnten im Vergleich kaum unterschiedlicher sein: Deutschland mit seinem öffentlichen System, Finnland mit seinem zwar obligatorischen, aber privat verwalteten System und schließlich Kroatien mit der weitgehenden Abwesenheit eines eigenständigen Trägers. Obwohl sie in ihrer Organisation verschieden aufgestellt sind, wollen alle drei Nationen ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern den bestmöglichen Arbeitsschutz und optimale Versorgung bieten. Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung stellt unter den drei Ländern als einzige eine eigenständige Säule im

Gesamtkonstrukt des Sozialversicherungssystems dar. Im Gegensatz zum finnischen Unfallversicherungssystem handelt es sich bei deutschen Unfallversicherungsträgern um rechtsfähige Körperschaften öffentlichen Rechts. Während Kroatien die Verantwortung an die Renten- und Krankenversicherung übergibt, bezieht Finnland die privatwirtschaftlichen Versicherer mit ein, die untereinander im Wettbewerb stehen.

Auch im versicherungspflichtigen Personenkreis sind Unterschiede zu erkennen. Lediglich Kroatien bezieht seine Selbstständigen obligatorisch mit in die Pflichtversicherung ein. Finnland und Deutschland mit seiner „unechten“ Unfallversicherung setzen dagegen, wenn auch mit unterschiedlichen Akzenten, weitgehend auf eine freiwillige Absicherung der Selbstständigen.

Alle nationalen Systeme kennen Gesundheits-, Rehabilitations- und Geldleistungen bei verminderter Erwerbsfähigkeit sowie Hinterbliebenenleistungen. International betrachtet hat Deutschlands gesetzliche Unfallversicherung eine sehr deutlich hervortretende Vorbildfunktion. Eine intensive Präventions- und Öffentlichkeitsarbeit sensibilisiert für die Thematik. Im finnischen System gibt es für den Arbeitgeber bestimmte Vorgaben für die Einhaltung des Arbeitsschutzes und Maßnahmen zur Prävention. Die Ausgestaltung bleibt unter anderem jedoch auch dem jeweiligen Versicherer vorbehalten.

Kroatien, ein vergleichsweise junges Sozialversicherungssystem, verpflichtet Arbeitgeber, für Sicherheit im Arbeitsumfeld zu sorgen. Die Notwendigkeit von Öffentlichkeitsarbeit und Kampagnen ist erkannt und im Kommen.

Die verschiedenen Systeme können voneinander lernen. Während beispielsweise auch in Deutschland eine weitgehende Einbeziehung der Selbstständigen ihre Berechtigung fände, könnte das deutsche „Mit allen geeigneten Mitteln“- und Solidaritätsprinzip in Finnland und Kroatien Anklang finden, zumindest bei den potenziellen Versicherungsberechtigten.

Eine ausführlichere Darstellung der Systeme Finnlands und Kroatiens finden Sie im **Hintergrunddokument**.

Kontakt

Deutsche Sozialversicherung
Europavertretung

Rue d’Arlon 50
B-1000 Brüssel
Fon: +32 (2) 282 05 50
Fax: +32 (2) 282 04 79
E-Mail: info@dsv-europa.de
www.dsv-europa.de

Impressum

Verantwortlich für den Inhalt:
Deutsche Sozialversicherung
Europavertretung im Auftrag
der Spitzenverbände der
Deutschen Sozialversicherung
Direktorin: Ilka Wölfle, LL.M.

Redaktion: Ilka Wölfle, LL.M.,
Ulrich Mohr,
Dr. Wolfgang Schulz-Weidner,
Robin Bauer,
Renata Divkovic,
Cordula Herrmann,
Isolde Fastner,
Stefani Wolfgarten

Produktion: Raufeld Medien GmbH
Projektleitung: Nina Koch
Grafik: Juliana Hesse (AD),
Daniella Heil

Bildnachweis:
AdobeStock / Sasha Strekoza (Titel)
AdobeStock / Robert Kneschke (S. 3)
AdobeStock / Pixavril (S. 4)
AdobeStock / Khongtham (S. 5)
AdobeStock / thodonal (S. 6)
AdobeStock / Fofoldee (S. 7)
AdobeStock / agenturfotografina (S. 8)
AdobeStock / tippapatt (S. 9)
AdobeStock / Andrey Popov (S. 10)
AdobeStock / Laymanzoom (S. 11)